



REPUBLIK INDONESIA  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

# SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00201951573, 21 Agustus 2019

## Pencipta

Nama : **Widiharti, S.Kep, Ns., M.Kep, Diah Jerita Eka Sari, S.Kep, Ns., M.Kep,**

Alamat : Jln. Menganti Babatan Gang II No. 14 E, Babatan, Wiyung, Kota Surabaya, Surabaya, Jawa Timur, 60227

Kewarganegaraan : Indonesia

## Pemegang Hak Cipta

Nama : **UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK**

Alamat : Jl. Sumatera No. 101, GKB, Gresik, Jawa Timur, 61121

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Buku**

Judul Ciptaan : **Buku Praktik Keperawatan Medikal Bedah 3**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 21 Agustus 2019, di Gresik

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama 50 (lima puluh) tahun sejak Ciptaan tersebut pertama kali dilakukan Pengumuman.

Nomor pencatatan : 000151684

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.

a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL

Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.  
NIP. 196611181994031001



## LAMPIRAN PENCIPTA

No	Nama	Alamat
1	Widiharti, S.Kep, Ns., M.Kep	Jln. Menganti Babatan Gang II No. 14 E, Babatan, Wiyung, Kota Surabaya
2	Diah Jerita Eka Sari, S.Kep, Ns., M.Kep	Jln. Kapten Syafiri I/No. 2, Pejagan, Kab. Bangkalan



*MT*

# BUKU PRAKTIK

## KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

3



WIDIHARTI, S.Kep, Ns, M.Kep

DIAH JERITA EKA SARI, S.Kep, Ns, M.Kep

# BUKU PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH



**WIDIHARTI, S.Kep, Ns, M.Kep**

**DIAH JERITA EKA SARI, S.Kep, Ns, M.Kep**

# **BUKU PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH 3**

Widiharti, S.Kep,Ns.,M.Kep  
Diah Jerita Eka Sari, S.Kep,Ns.,M.Kep  
Surabaya : Penerbit Mandiri Jaya  
57 Halaman

Hak Penulis dan Penerbitan dilindungi oleh Undang-Undang  
Cetakan Pertama, Juli 2019

---

Penulis :

1. Widiharti, S.Kep,Ns.,M.Kep
2. Diah Jerita Eka Sari, S.Kep,Ns.,M.Kep

Penyunting : Natalia Hanna  
Layouting : David Susanto  
Desain Sampul : David Susanto

**Dilarang memperbanyak buku ini baik sebagian  
atau keseluruhannya tanpa izin tertulis**

**Copyright © Penerbit Mandiri Jaya**

# PRAKATA

Segala puji hanya bagi Allah SWT yang telah memberikan banyak kenikmatan kepada kita semua. Sholawat dan salam semoga tetap tercurahkan kepada Muhammad SAW, keluarga, dan sahabatnya.

Buku Praktik Keperawatan Medikal Bedah 3 ini meliputi membahas tentang tindakan keperawatan yang sering dilakukan pada pasien dengan gangguan Sistem muskuloskeletal, sistem integumen, asuhan keperawatan persepsi sensori, dan sistem syaraf. Guna menghasilkan lulusan yang bermutu dan memiliki kompetensi keperawatan maka disusunlah Buku Praktik Keperawatan Medikal Bedah (KMB), yang dapat dipakai sebagai salah satu pedoman keterampilan mahasiswa dalam praktik keperawatan.

Adanya kegiatan praktikum KMB ini, diharapkan mahasiswa S-1 Keperawatan lebih mudah memahami materi, kemampuan skill yang baik dapat mengaplikasikan dalam asuhan keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah.

Akhirnya, demi penyempurnaan buku ini kami sangat mengharapkan adanya masukan atau saran yang bersifat membangun agar memperoleh kualitas lulusan sesuai dengan yang diharapkan dan mutu pelayanan keperawatan dapat ditingkatkan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang keperawatan.

Gresik, Maret 2019

Penulis

# DAFTAR ISI

PRAKATA.....	2
DAFTAR ISI.....	4
1 ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM MUSKULOSKELETAL.....	5
Pendahuluan.....	5
1.1 ROM (Range Of Motion).....	5
1.2. Latihan Range Of Motion.....	10
2 ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM INTEGUMEN.....	13
Pendahuluan.....	13
2.1 Perawatan Luka Bersih.....	13
2.2 Perawatan Luka Kotor.....	16
2.3 Perawatan Luka Bakar.....	18
3 ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM SENSORI PERSEPSI.....	21
Pendahuluan.....	21
3.1 Penglihatan.....	21
3.2 Pendengaran.....	32
4 ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM PERSYARAFAN.....	39
Perawatan Pasien dengan Gangguan Kesadaran (Pemenuhan Personal Hygiene).....	39
DAFTAR PUSTAKA.....	57

# 1 ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM MUSKULOSKELETAL

## Pendahuluan

Tahapan pembelajaran selanjutnya untuk meningkatkan kompetensi sebagai bekal keterampilan mahasiswa dan sebelum melakukan pelayanan kesehatan pada pasien yaitu dengan praktikum laboratorium.

Penyakit gangguan sistem muskuloskeletal perlu dilakukan praktik laboratorium yaitu pasien dengan kasus gangguan mobilitas baik secara aktif maupun pasif. Kegiatan praktikum pada sistem muskuloskeletal yang dibahas dalam buku praktik ini adalah ketrampilan *Range of Motion* (ROM), dan imobilisasi.

## 1.1 ROM (*Range Of Motion*)

### 1. PENGERTIAN

*Range Of Motion* (ROM) adalah suatu tindakan dan latihan otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, disabilitas atau trauma.

### 2. TUJUAN

Latihan ROM ini bertujuan untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien.



### **3. GERAKAN – GERAKAN ROM**

#### **1. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan**

Cara:

- 1) jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2) Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan.
- 3) Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien
- 4) Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin
- 5) Dokumentasikan setiap perubahan yang terjadi pada pasien

#### **2. Fleksi dan Ekstensi Siku**

Cara:

- 1) Jelaskan semua prosedur yang akan dilakukan kepada pasien
- 2) Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dengan telapak mengarah ke tubuh
- 3) Letakkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya mendekati bahu.
- 4) Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.
- 5) Dokumentasikan perubahan yang terjadi pada pasien.

#### **3. Pronasi dan Supinasi Lengan Bagian Bawah**

Cara:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2) Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk
- 3) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lain.

- 4) Putar lengan bawah pasien sehingga telapaknya menjauhinya
  - 5) Kembalikan lengan bawah ke posisi semula
  - 6) Putar lengan bawah pasien sehingga telapak tangannya menghadap ke arahnya.
  - 7) Kembalikan posisi semula
  - 8) Catat perubahan yang terjadi.
4. Pronasi Fleksi Bahu
- Cara:
- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
  - 2) Atur posisi tangan pasien di sisi tubuhnya
  - 3) Letakkan satu tangan perawat diatas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
  - 4) Angkat lengan pasien pada posisi semula
  - 5) Catat perubahan yang terjadi
5. Abduksi dan Adduksi Bahu
- Cara:
- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
  - 2) Atur posisi lengan pasien di samping badannya
  - 3) Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
  - 4) Gerakan lengan pasien menjauh dari tubuhnya kearah perawat (Abduksi)
  - 5) Gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya (Adduksi)
  - 6) Kembalikan keposisi semula
  - 7) Catat perubahan yang terjadi
6. Rotasi Bahu
- Cara:
- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan

- 2) Atur posisi pasien menjauhi tubuh dengan siku menekuk
- 3) Letakkan satu tangan perawat di lengan atas pasien dekat siku dan pegang tangan pasien dengan tangan yang lain
- 4) Gerakkan tangan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah
- 5) Kembalikan posisi lengan ke posisi semula
- 6) Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur telapak tangan menghadap ke atas
- 7) Kembalikan tangan ke posisi semula
- 8) Catat perubahan yang terjadi

#### 7. Fleksi dan Ekstensi Jari-Jari

Cara:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2) Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan, sementara yang lain memegang kaki.
- 3) Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah
- 4) Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang
- 5) Kembalikan ke posisi semula
- 6) Catat perubahan yang terjadi.

#### 8. Internal dan Efersi Kaki

Cara:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2) Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya
- 3) Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.
- 4) Kembalikan ke posisi semula

- 5) Putar kaki ke luar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain
- 6) Kembalikan ke posisi semula
- 7) Catat perubahan yang terjadi

#### 9. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Kaki

Cara:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2) Letakkan satu tangan perawat pada telapak kaki pasien dengan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki. Jaga kaki lurus dan rileks
- 3) Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari – jari kaki ke arah dada pasien
- 4) Kembalikan ke posisi semula
- 5) Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien
- 6) Catat perubahan yang terjadi

#### 10. Fleksi dan ekstensi lutut

Cara:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2) Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain
- 3) Angkat kaki, tekuk pada lutut, dan pangkal paha
- 4) Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin
- 5) Kebawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas
- 6) Kembalikan ke posisi semula
- 7) Catat perubahan yang terjadi

#### 11. Rotasi Pangkal Paha

Cara:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut

- 3) Putar kaki menjauhi perawat
- 4) Putar kaki ke arah perawat
- 5) Kembalikan ke posisi semula
- 6) Catat perubahan yang terjadi

12. Abduksi dan Adduksi Pangkal Paha

Cara:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2) Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit
- 3) Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjauhi badan pasien
- 4) Gerakkan kaki mendekati badan pasien
- 5) Kembalikan ke posisi semula
- 6) Catat perubahan yang terjadi

**1.2. LATIHAN RANGE OF MOTION**

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
1	Melihat catatan perawatan			
2	Mencuci tangan			
3	Menjaga <i>privacy</i> klien			
4	Menjelaskan prosedur pada klien			
5	Menetapkan klien pada posisi yang tepat			
6	Melakukan latihan ROM a. Leher 1) Fleksi 2) Ekstensi 3) Hiperekstensi 4) Lateral fleksi 5) Lateral rotasi			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	b. Bahu 1) Fleksi 2) Ekstensi 3) Abduksi 4) Adduksi 5) Rotasi interna 6) Rotasi eksterna  c. Siku 1) Fleksi 2) Ekstensi  d. Pergelangan tangan 1) Fleksi 2) Ekstensi 3) Deviasi radial 4) Deviasi Urinal 5) Sirkumduksi e. Jari tangan 1) Fleksi 2) Ekstensi 3) Abduksi 4) Adduksi 5) Sirkumduksi 6) Oposisi  f. Pinggul dan lutut 1) Fleksi 2) Ekstensi 3) Abduksi 4) Adduksi 5) Rotasi Interna 6) Rotasi eksterna			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	g. Tumit 1) Dorso Fleksi 2) Plantar fleksi 3) Sirkumduksi  h. Telapak kaki 1) Fleksi 2) Ekstensi			
7	Mencuci tangan			
8	Mengevaluasi adanya a. Kelelahan b. Nyeri pada sendi c. Mobilitas sendi			
9	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan			

**KETERANGAN :**

- 0 : Tidak dilakukan
- 1 : Dilakukan tapi tidak sempurna
- 2 : Dilakukan dengan sempurna

# 2 ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM INTEGUMEN

## Pendahuluan

Proses pembelajaran yang dilakukan untuk meningkatkan kompetensi keterampilan mahasiswa sebelum masuk ke praktik nyata pemberian asuhan pelayanan langsung kepada pasien dengan cara praktik laboratorium. Pada Asuhan keperawatan gangguan sistem integumen masalah keperawatan yang sering timbul dan perlu tindakan keperawatan yaitu perawatan luka. Perawatan luka dibagi menjadi perawatan luka bersih dan luka kotor.

## 2.1 Perawatan Luka Bersih

### 2.1.1 Pengertian

Luka adalah kerusakan kontinuitas kulit. Luka bersih merupakan luka tidak ada infeksi yang mana tidak terjadi proses peradangan (inflamasi dan infeksi).

### 2.1.2 Tujuan

Meningkatkan proses penyembuhan jaringan juga untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka

### 2.1.3 Prosedur perawatan luka bersih

NO	KETRAMP/ILAN	NILAI		
		0	1	2
	<b>A. Persiapan alat</b>			
	Alat steril dalam bak instrumen			
1	Pincet anatomis			
2	Pincet cirurgis			
3	Handskon steril			
4	Kom steril			



NO	KETRAMP/ILAN	NILAI		
		0	1	2
5	Kasa dan kapas steril			
6	Gunting jaringan / gunting AJ			
	Alat non steril			
1	Gunting verband			
2	Plester			
3	Bengkok			
4	Bensidone			
5	Alas/perlak			
6	Kapas lakohol			
7	Betadine pada obatnya			
8	NaCl 0,9% dalam botol			
	<b>B. Cara kerja</b>			
1	Mencuci tangan			
2	Lakukan <i>inform consent</i> dan jelaskan pada pasien dan keluarga			
3	Menjaga <i>privacy</i> dan kenyamanan klien dan mengatur klien			
4	Atur posisi nyaman bagi klien dan tutupi bagian tubuh selain bagian luka dengan selimut			
5	Siapkan plester untuk fiksasi			
6	Pasang alas/perlak			
7	Dekatkan bengkok			
8	Buka paket steril			
9	Gunakan sarung tangan			
10	Membuka balutan lama dengan cara			
	a. Basahi plester yang melekat dengan bensodine dengan lidi kapas			
	b. Lepaskan plester menggunakan pincet anatomis ke 1 dengan melepaskan ujungnya dan menarik secara perlahan, sejajar dengan kulit			

NO	KETRAMP/ILAN	NILAI		
		0	1	2
	ke arah balutan			
	c. Buang balutan di bengkok			
	d. Simpan Pincet on steril ke bengkok			
11	Kaji luka			
12	Membersihkan luka			
	a. Larutan NaCl tuang ke kom kecil			
	b. Ambil picet steril, tangan kanan memegang pinset chirurgie, dan tangan kiri memegang pincet anatomis			
	c. Kasa lembab untuk membersihkan luka (sekali usap)			
	d. Gunakan teknik dari area kurang terkontaminasi ke arah terkontaminasi			
13	Menutup luka			
	a. Bila sudah bersih, luka dikeringkan dengan kassa steril kering yang diambil dengan pincet anatomis kemudian dipindahkan ke pincet chirurgis di tangan kanan			
	b. Beri obat sesuai indikasi			
	c. Tutup dengan kasa kering			
14	Luka diberi plester atau dibalut			
15	Alat-alat dibereskan			
16	Lepaskan sarung tangan			
	<b>C. Dokumentasi</b>			
1	Hasil observasi luka			
2	Respon klien			

## 2.2 Perawatan Luka Kotor

### 2.2.1 Pengertian

Melakukan tindakan keperawatan mengganti balutan, membersihkan luka pada luka kotor.

### 2.2.2 Tujuan

1. Mencegah infeksi
2. Membantu penyembuhan luka

### 2.2.3 Prosedur Perawatan Luka Kotor

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	<b>A. Persiapan Alat</b>			
	Alat steril dalam bak instrumen			
1	Pincet anatomis			
2	Pincet cirurgis			
3	Handscon steril			
4	Kom steril			
5	Kasa dan kapas steril			
6	Gunting jaringan			
	Alat non steril			
1	Gunting verband			
2	Plester			
3	Bengkok			
4	Bensidone			
5	Alas/perlak			
6	Kapas lakohol			
7	Betadine pada obatnya			
8	NaCl 0,9% dalam botol			
	<b>B. Cara Kerja</b>			
	Tahap orientasi			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
1	Mengucapkan salam terapeutik/memperkenalkan diri			
2	Melakukan kontrak			
3	Menjelaskan tujuan, prosedur tindakan, dan memberi kesempatan klien bertanya			
	Tahap kerja			
1	Cuci tangan di air mengalir			
2	Klien disiapkan pada posisi yang nyaman dan memudahkan pekerjaan perawat			
3	Lingkungan diperhatikan			
4	Alat-alat didekatkan pada klien			
5	Pasang pengalas dan perlak			
6	Dekatkan bengkok disamping klien			
7	Buka plester dan balutan dengan menggunakan pincet apabila luka tertutup balutan			
8	Kaji status luka			
9	Gunakan kasa steril yang dipegang dengan pincet, dicelupkan/diberi larutan saflon dan lakukan pembersihan pada luka, bila perlu berikan H <sub>2</sub> O (bila ada jaringan mati dan sudah diangkat)			
10	Lanjutkan pembersihan dengan NaCl hingga besar			
11	Balut luka dan plester			
12	Rapikan klien dan bereskan alat			
13	Cuci tangan			
	Tahap terminasi			
1	Evaluasi respon klien			
2	Dokumentasikan respon klien			

## 2.3 Perawatan Luka Bakar

### 2.3.1 Pengertian

Perawatan luka bakar yaitu melakukan tindakan keperawatan perawatan luka terhadap pasien yang mengalami luka bakar.

### 2.3.2 Tujuan

1. Mencegah infeksi pada luka bakar
2. Mempercepat proses penyembuhan pada luka

### 2.3.3 Prosedur perawatan luka bakar

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	<b>A. Persiapan Alat</b>			
1	Bak instrumen berisi:			
	a. Pincet anatomi			
	b. Pincet cirurgis			
	c. Gunting debridemand			
	d. Kassa steril			
	e. Kom 3 buah			
2	Peralatan lain terdiri dari :			
	a. Sput 5 cc atau 10 cc			
	b. Sarung rangan			
	c. Gunting plester			
	d. Plester atau perekat			
	e. Desinfektan			
	f. NaCl 0,9%			
	g. Bengkok 2 buah, 1 buah berisi larutan desinfektant			
	h. Verband			
	i. Obat luka sesuai dengan kebutuhan			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	<b>B. Cara Kerja</b>			
	<b>Tahap Prainteraksi</b>			
1	Melakukan verifikasi program pengobatan klien			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan peralatan perawatan luka di dekat pasien dengan benar dan tetap memperhatikan prinsip steril.			
	<b>Tahap Orientasi</b>			
1	Komunikasi terapeutik dengan memberikan salam			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien dan keluarga			
	<b>Tahap Kerja</b>			
1	Menjaga <i>privacy</i>			
2	Mengatur posisi pasien dan beri lampu sorot (jika diperlukan) sehingga luka dapat terlihat jelas dan mudah dalam melaksanakan perawatan			
3	Membuka peralatan			
4	Memakai sarung tangan			
5	Membuka balutan dengan menggunakan NaCl 0,9%			
6	Melakukan debridement bila terdapat jaringan nekrotik (bila ada bula jangan dipecah, tapi dihisap dengan spuit steril setelah hari ke 3)			
7	Membersihkan luka dengan NaCl 0,9%			
8	Mengeringkan luka dengan menggunakan kassa steril			
9	Memberikan obat topical sesuai order pada luka			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
10	Menutup luka dengan kassa steril, kemudian dipasang verband dan diplester			
11	Mamasang verband dan plester			
12	Merapikan pasien			
	<b>C. Evaluasi</b>			
1	Mengevaluasi hasil tindakan			
2	Dokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan			

# 3 ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM SENSORI PERSEPSI

## Pendahuluan

Persepsi dimulai dari proses adanya stimulus kemudian ke panca indera. Pada sistem sensori persepsi masalah keperawatannya tergantung pada sistem panca indera yaitu: penglihatan, pendengaran, peraba, pengecap, dan penciuman. Pada modul ini akan dibahas praktikum pada sistem panca indera penglihatan, pendengaran.

## 3.1 Penglihatan

### 3.1.1 Tujuan

1. Mengetahui bentuk dan fungsi mata
2. Mengetahui adanya kelaian pada mata

### 3.1.2 Prosedur Pemeriksaan Mata (Inspeksi)

NO	KETRAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	<b>A. Persiapan Alat</b>			
1	Senter kecil			
2	Surat kabar /majalah			
3	Kartu snellen			
4	Penutup mata			
5	Sarung tangan			
	<b>B. Cara Kerja</b>			
	Kelopak mata			
1	Anjurkan pada pasien untuk memandang lurus ke depan			



NO	KETRAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
2	Bandingkan mata kiri dan kanan, inspeksi posisi dan warna kelopak mata			
3	Anjurkan klien memejamkan matanya			
4	Amati bentuk dan keadaan kulit pada kelopak mata, serta pada pinggir kelopak mata dan catat setiap kelainan yang ada			
5	Amati pertumbuhan rambut pada kelopak mata dan posisi bulu mata			
6	Pada inspeksi kelopak mata bawah, minta klien untuk membuka mata, perhatikan frekuensi refleks berkedip mata			
	Konjungtiva dan skelera			
1	Anjurkan klien untuk melihat lurus ke depan			
2	Tarik kelopak mata bagian bawah ke bawah dengan menggunakan ibu jari			
3	Gunakan sarung tangan jika ada secret di tepi kelopak mata			
4	Amati keadaan konjungtiva dan kantung konjungtiva bagian bawah, catat jika terdapat infeksi, pus atau warnanya tidak normal/anemis			
5	Jika diperlukan, amati konjungtiva bagian atas, yaitu dengan membuka atau membalik kelopak mata atas dengan posisi pemeriksa berdiri di belakang klien			
6	Amati warna skelera ketika memeriksa konjungtiva			

NO	KETRAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	Kornea			
1	Berdiri di sisi klien, lalu dengan cahaya tidak langsung, inspeksi kejernihan dan tekstur kornea			
2	Lakukan uji sensitivitas kornea, dengan menyentuh gulungan kapas steril untuk melihat reaksi berkedip			
	Pupil dan iris			
1	Atur pencahayaan kamar menjadi sedikit redup			
2	Pegang, kepala dan dagu klien agar tidak bergerak-gerak			
3	Inspeksi ukuran, bentuk, keselarasan, reaksi terhadap cahaya			
4	Uji refleksi terhadap cahaya:			
	a. Sinari pupil klien dengan senter dari samping			
	b. amati mengecilnya pupil yang sedang disinari			
	c. Lakukan pada pupil yang lain			
5	Periksa refleks akomodasi			
	a. Anjurkan klien untuk menatap suatu objek yang jauh (dinding yang jauh)			
	b. Anjurkan klien untuk menatap objek pemeriksa (jari/pensil) yang dipegang 10 cm dari batang hidung klien			
	c. Amati perubahan pupil dan akomodasi melalui kontriksi saat melihat objek yang dekat			

NO	KETRAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	Pergerakan bola mata			
1	Anjurkan klien untuk melihat lurus ke depan			
2	Amati kedua bola mata apakah diam atau nistagmus (pergerakan secara spontan)			
3	Amati bentuk, frekuensi (cepat/lambat), amplitudo (luas/sempit) bola mata. Jika ditemukan nistagmus			
4	Amati apakah kedua mta memandangi lurus kedepan atau salah satu deviasi			
5	Luruskan jari telunjuk dan dekatkan pada klien dengan jarak 15-30 cm			
6	Intruksikan klien agar mengikuti gerakan jari pemeriksa ke-8 arah tatapan utama, yaitu atas dan bawah, kanan dan kiri, diagonal ke atas dan ke bawah kiri, diagonal ke atas dan ke bawah kanan			
7	Jaga b jari agar tetap dalam lapang pandang penglihatan normal			
	Medan penglihatan			
1	Pemeriksa berdiri di depan klien kira-kira 60 cm			
2	Tutup mata yang tidak diperiksa (pemeriksa ataupun klien)			
3	Instruksikan klien untuk melihat lurus ke depan dan memfokuskan pada satu titik pandang			
4	Gerakkan jari pada jarak yang sebanding dengan panjang lengan di luar lapangan penglihatan			

NO	KETRAMPILOAN	NILAI		
		0	1	2
5	Minta klien Euntuk memberi tahu pemeriksa jika ia melihat jari pemeriksa			
6	Perlahan tarik jari pemeriksa mendekat. Jaga jari agar selalu tetap di tengah antara pemeriksa dan klien			
7	Kaji mata sebelahnya			

### 3.1.3 Prosedur Pemeriksaan Mata (Ketajaman Penglihatan)

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	<b>A. Persiapan Alat</b>			
1	Senter kecil			
2	Surah kabar /majalah			
3	Kartu snellen			
4	Penutup mata			
5	Sarung tangan			
	<b>B. Cara Kerja</b>			
	Pengkajian Tahap 1			
1	Pastikan cahaya ruangan cukup terang			
2	Minta klien untuk membaca surat kabar/majalah/buku			
3	Minta klien untuk membaca dengan keras untuk memastikan bahwa klien tidak buta huruf			
4	Anjurkan klien yang berkacamata untuk memakai kacamatanya pada tahap ini			
5	Perhatikan jarak naskah yang dipegang klien dengan matanya			
6	Jika klien mengalami kesulitan membaca, lanjutkan pemeriksaan tahap 2			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	Pengkajian Tahap 2			
1	Siapkan kartu snellen /kartu E untuk klien dewasa atau kartu gambar untuk anak - anak			
2	Atur tempat duduk klien dengan jarak 5-6 meter dari kartu tersebut			
3	Atur penerangan ruangan yang cukup sehingga kartu dapat terbaca dengan jelas			
4	Instruksikan klien untuk menutup mata kiri			
5	Periksa mata kanan dengan menyuruh klien untuk membaca mulai huruf yang paling besar sampai huruf yang paling kecil dan catat huruf terakhir yang masih bisa terbaca oleh klien			
6	Lakukan pemeriksaan pada mata sebelah kiri dengan menutup mata kanan			
7	Catat hasil pemeriksaan			

### 3.1.4 Prosedur Pemeriksaan Mata (Penglihatan Warna)

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	<b>A. Persiapan Alat</b>			
1	Siapkan kartu Ichihara			
2	Ruangan terang			
	<b>B. Cara Pemeriksaan</b>			
1	Berikan penjelasan pada klien tentang prosedur pelaksanaan / tehnik pemeriksaan			

2	Klien diminta melihat kartu dan menentukan gambar yang dilihat, misalnya angka 25			
3	Klien diminta menyebutkan gambar tersebut dalam waktu 3-10 detik bila lebih terdapat kelainan mata			
4	Catat hasil pemeriksaan			

### 3.1.5 Pemberian Obat Tetes Mata

#### 1. Pengertian

Obat mata adalah obat yang digunakan untuk mata. Adapun bentuk obat mata berupa cair dan salep. obat dapat diberikan ke mata melalui irigasi atau penetasan. Irigasi mata diberikan untuk membilas kantung konjungtiva untuk mengeluarkan sekresi atau benda asing atau membuang zat kimia yang dapat mencederai mata.

#### 2. Tujuan

Memberikan obat mata yang diperlukan klien (mis antibiotik) guna menengani infeksi atau alasan lain.


#### 3. Bentuk Obat

1. Obat cair / tetes
2. Obat salep

### 3.1.6 Prosedur Cara Pemberian Obat Tetes Mata

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	A. Persiapan Alat			
1	Sarung tangan			
2	Obat			
3	Spons absorben steril			


NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
4	Balut mata steril (bantalan)			
5	Plester perekat mata untuk memfiksasi			
	<b>B. Cara</b>			
1	Bandingkan label pada wadah atau botol obat dengan catatan obat dan periksa tanggal kedaluwarsa			
2	Apabila perlu, hitung dosis obat			
3	Jelaskan kepada klien tentang prosedur yang akan anda lakukan			
4	Mencuci tangan sebelum menyentuh mata  			
5	Jaga <i>privacy</i> klien			
6	Persiapkan klien			
	a. Periksa gelang identitas klien dan tanyakan nama klien. Hal ini untuk memastikan bahwa klien adalah klien yang benar untuk menerima obat			
	b. Bantu klien ke posisi yang nyaman, baik posisi duduk atau berbaring			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
7	Membersihkan mata sebelumnya bila terdapat kotoran di sekitar mata			
8	Miringkan kepala ke belakang dan melihat ke atas.			
9	Membuka kelopak mata bawah dengan menarik secara perlahan kulit mata ke bawah. 			
10	Berikan tetes mata dari samping bukan dari depan.			
11	Tempatkan tetesan pada ujung mata di dekat hidung/ kantung konjungtiva kelopak mata bawah.			
12	Hindari ujung penetes agar jangan menyentuh mata.			
13	Jangan menutup mata agar obat tidak jatuh ke pipi.			
14	Bersihkan sekitar mata bila ada obat yang keluar dari mata.			
	C. Evaluasi			
1	Kaji respon pasien			
2	Dokumentasikan semua pengkajian keperawatan dan intervensi			



### 3.1.7 Prosedur Cara Pemberian Obat Salep Mata

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	A. Persiapan Alat			
1	Sarung tangan			
2	Obat			
3	Spons absorben streil			
4	Balut mata steril (bantalan)			
5	Plester perekat mata untuk memfiksasi			
	B. Cara			
1	Bandingkan label pada wadah atau botol obat dengan catatan obat dan periksa tanggal kadaluwarsa			
2	Apabila perlu, hitung dosis obat			
3	Jelaskan kepada klien tentang prosedur yang akan anda lakukan			
4	Mencuci tangan sebelum menyentuh mata 			
5	Jaga <i>privacy</i> klien			
6	Persiapkan klien			
7	Periksa gelang identitas klien dan tanyakan nama klien. Hal ini untuk			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	memastikan bahwa klien adalah klien yang benar untuk menerima obat			
8	Mencuci tangan sebelum menyentuh mata			
9	Membersihkan mata sebelumnya bila terdapat kotoran di sekitar mata			
10	Miringkan kepala ke belakang dan melihat ke atas.			
11	Membuka kelopak mata bawah dengan menarik secara perlahan kulit mata ke bawah.  			
12	Tekan salep dan masuk obat pada ujung mata dekat hidung/ kantung konjungtiva kelopak mata bawah.			
13	Hindari ujung tube salep menyentuh mata.			
	C. Evaluasi			
14	Kaji respon pasien			
15	Dokumentasikan semua pengkajian keperawatan dan intervensi			

## 3.2. Pendengaran

### 3.2.1 Tujuan

Mengetahui keadaan telinga luar, saluran telinga, gendang telinga, dan fungsi pendengaran.

### 3.2.2. Prosedur Pemeriksaan Telinga (Inspeksi)

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	<b>A. Persiapan Alat</b>			
1	Arloji berjarum detik			
2	Garpu tala			
3	Spekulum telinga			
4	Lampu kepala			
	<b>B. Cara Kerja</b>			
	<b>Inspeksi dan palpasi telinga luar</b>			
1	Bantu klien dalam posisi duduk, jika memungkinkan			
2	Posisi pemeriksa menghadap ke sisi telinga yang dikaji			
3	Atur pencahayaan dengan menggunakan auroskop, lampu kepala atau sumber cahaya lain sehingga tangan pemeriksa bebas bekerja			
4	Inspeksi telinga luar terhadap posisi, warna, ukuran, bentuk, hygiene, adanya lesi/massa, dan kesimetrisan. Bandingkan dengan hasil normal			
5	Lakukan palpasi dengan memegang telinga menggunakan jari telunjuk dan jempol			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
6	Palpasi kartilago telinga luar secara sistematis, yaitu dari jaringan lunak ke jaringan keras dan catat jika ada nyeri			
7	Lakukan penekanan pada area tragus ke dalam dan tulang telinga di bawah daun telinga			
8	Bandingkan telinga kiri dan telinga kanan			
9	Inspeksi lubang pendengaran eksternal dengan cara berikut:			
	a. Pada orang dewasa, pegang daun telinga/heliks dan perlahan – lahan tarik daun telinga ke atas dan kebelakang sehingga lurus dan menjadi mudah diamati			
	b. Pada anak – anak, tarik daun telinga ke bawah			
10	Periksa adanya peradangan, perdarahan, atau kotoran/serum pada lubang telinga			
	Catat hasil pemeriksaan pendengaran tersebut			

### 3.2.3. Prosedur Pemeriksaan Telinga (pemeriksaan pendengaran)

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	<b>A. Persiapan Alat</b>			
1	Arloji berjarum detik			
2	Garpu tala			
	<b>B. Cara Kerja</b>			
	<b>Menggunakan Bisikan</b>			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
1	Atur posisi berdiri membelakangi pemeriksa pada jarak 4-6 cm			
2	Instruksikan klien untuk menutup salah satu telinga yang tidak diperiksa			
3	Bisikkan suatu bilangan, misal "tujuh enam"			
4	Minta klien untuk mengulangi bilangan yang didengar			
5	Periksa telinga lainnya dengan cara yang sama			
6	Bandingkan kemampuan mendengar telinga kanan dan kiri klien			
	<b>Menggunakan Arloji</b>			
1	Ciptakan suasana ruangan yang tenang			
2	Pegang arloji dan dekatkan ke telinga klien			
3	Minta klien untuk memberi tahu pemeriksa jika mendengar detak arloji			
4	Pindahkan posisi arloji perlahan-lahan menjauhi telinga dan minta klien untuk memberi tahu pemeriksa jika ia tidak mendengar detak arloji. Normalnya klien masih mendengar sampai jarak 30 cm dari telinga			
	<b>Menggunakan Garpu Tala</b>			
	<b>Pemeriksaan Rinne</b>			
1	Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari tangan yang berlawanan			
2	Letakkan tungkai garpu tala pada prosesus mastoideus klien			
3	Anjurkan klien untuk memberi tahu			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	pemeriksa jika ia tidak merasakan geteran lagi			
4	Angkat garpu tala dan dengan cepat tempatkan di depan lubang telinga klien 1- 2 cm dengan posisi garpu tala parallel terhadap lubang telinga luar klien			
5	Instruksikan klien untuk memberi tahu apakah ia masih mendengar suara atau tidak			
6	Catat hasil pemeriksaan pendengaran tersebut			
	<b>Pemeriksaan Weber</b>			
1	Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari tangan yang berlawanan			
2	Letakkan tungkai garpu tala di tengah puncak kepala klien			
3	Tanyakan pada klien apakah bunyi terdengar sama jelas pada kedua telinga atau lebih jelas pada salah satu telinga			
4	Catat hasil pemeriksaan pendengaran tersebut			

### 3.2.4. Pemberian Obat Tetes Telinga

#### 1. Pengertian

Memberikan obat pada telinga melalui kanal eksternal dalam bentuk cair.

#### 2. Tujuan

1. Memberikan efek terapi lokal (mengurangi peradangan, membunuh organisme penyebab infeksi pada kanal telinga eksternal)
2. Menghilangkan nyeri
3. Melunakkan serumen agar mudah diambil

### 3.2.5. Prosedur Pemberian Obat Tetes Telinga

NO	KETRAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	A. Persiapan Alat			
1	Sarung tangan bersih			
2	Botol obat beserta dengan pipet penetes			
3	Gulungan kapas			
4	Ujung karet fleksibel			
	A. Cara Kerja			
1	Bandingkan label pada wadah obat dengan catatan obat dan periksa tanggal kadaluarsa			
2	Apabila perlu, hitung dosis obat			
3	Jelaskan kepada klien tentang prosedur yang akan anda lakukan			
4	Cuci tangan dan lakukan prosedur pengendalian infeksi lainnya			
5	Jaga <i>privacy</i> klien			
6	Persiapkan klien: a. Baca gelang identitas klien dan tanyakan nama klien(memastikan kebenaran klien) b. Bantu klien ke posisi yang nyaman untuk meneteskan obat telinga			
7	Bersihkan daun telinga dan meatus pada saluran telinga			
8	Gunakan sarung tangan apabila ada infeksi			

NO	KETRAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
9	Gunakan aplikator berujung kapas dan larutan untuk membasuh daun telinga dan meatus auditori.			
10	Berikan obat telinga:			
	a. Hangatkan wadah obat dalam tangan anda ayau masukkan ke dalam air hangat sebentar. Obat yang hangat dapat meningkatkan rasa nyaman klien			
	b. Isi sebagian pipet penates dengan obat			
	c. Luruskan saluran telinga ke atas dan ke bawah. Saluran telinga perlu diluruskan sehingga larutan dapat mengalir di sepanjang saluran telinga			
	d. Teteskan obat sesuai dengan jumlah yang diperlukan ke dalam saluran telinga			
	e. Tekan perlahan, tetapi tegas beberapa kali pada tragus telinga. Penekanan pada tragus membantu obat mengalir masuk ke dalam telinga			
	f. Minta klien untuk tetap dalam posisi posisi berbaring miring selama sekitar 5 menit. Tetap berbaring miring dapat mencegah tetesan keluar dan membantu obat mencapai semua sisi dalam rongga saluran.			



NO	KETRAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	g. Masukkan gulungan kapas yang lembut ke meatus saluran telinga selama 15-20 menit. Jangan menekannya hingga masuk ke dalam saluran tersebut. Kapas membantu obat berada dalam lubang telinga ketika klien berdiri. Jika ditekan terlalu kuat ke dalam saluran telinga. Kapas dapat mengganggu kerja obat dan mengeluarkan gerakan sekresi normal.			
	B. Evaluasi			
1	Kaji respon pasien			
2	Dokumentasikan semua pengkajian keperawatan dan intervensi			

## 4 ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM PERSYARAFAN

### Pendahuluan

### Perawatan Pasien dengan Gangguan Kesadaran (Pemenuhan *Personal Hygiene*)

#### 4.1. Pengertian

Higiene adalah ilmu pengetahuan tentang kesehatan dan pemeliharannya. *Personal hygiene* adalah perawatan diri yang dilakukan orang seperti, mandi, mencuci rambut, menggosok gigi, *hygiene* tubuh secara umum.

#### 4.2. Tujuan

Untuk mempertahankan perawatan diri baik secara sendiri maupun dengan menggunakan bantuan dapat melatih hidup sehat/bersih dengan cara memperbaiki gambaran atau persepsi terhadap kesehatan dan kebersihan serta menciptakan penampilan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan

#### 4.3. Cara Perawatan Diri

1. Merawat kulit pada daerah tertekan  
Persiapan alat:
  - 2) Baskom cuci
  - 3) Sabun
  - 4) Air
  - 5) Agens pembersih
  - 6) Balutan
  - 7) Pelindung kulit

- 8) Plester
- 9) Sarung tangan

Cara kerja:

- 1) Jelaskan prosedur pada klien.
- 2) Cuci tangan dan gunakan sarung tangan.
- 3) Tutup pintu ruangan
- 4) Atur posisi (manusia coba) dengan miring kanan atau kiri.
- 5) Kaji luka / kulit tertekan dengan memperhatikan warna, kelembaban, penampilan sekitar kulit, ukur diameter kulit dan ukur kedalaman.
- 6) Cuci kulit sekitar luka dengan air hangat atau sabun cuci secara menyeluruh.
- 7) Dengan perlahan, keringkan kulit secara menyeluruh dengan masase.
- 8) Bersihkan luka secara menyeluruh dengan cairan normal atau agens pembersih, gunakan semprit irigasi luka pada luka yang dalam.
- 9) Setelah selesai berikan obat atau agens topical.
- 10) Catat hasil.
- 11) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.

## 2. Merawat rambut

Persiapan alat:

- 1) Handuk secukupnya
- 2) Perlak atau pengalas
- 3) Baskom berisi air hangat
- 4) Sampo atau sabun dalam tempatnya
- 5) Kasa dan kapas
- 6) Sisir
- 7) Bengkok
- 8) Gayung
- 9) Ember kosong

Cara kerja:

- 1) Jelaskan prosedur pada klien
- 2) Cuci tangan
- 3) Tutup jendela atau pasang sampiran

- 4) Atur posisi tidur lalu letakkan pernak / pengalas di bawah kepala pasien dan pernak / pengalas diarahkan ke bawah dengan digulung bagian tepi menuju tempat penampung (baskom)
  - 5) Letakkan baskom di bawah tempat tidur tepat di bawah kepala pasien
  - 6) Tutup telinga dengan kapas
  - 7) Tutup dada dengan handuk sampai ke leher
  - 8) Kemudian sisir rambut dan lakukan pencucian dengan air hangat selanjutnya menggunakan sampo dan bilas air hangat sambil dipijat
  - 9) Setelah selesai keringkan rambut dan sisir
  - 10) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan
3. Merawat gigi dan mulut
- Persipan alat
- 2) Handuk dan kain pengalas
  - 3) Gelas kumur berisi: air masak/NaCl, obat kumur, borax gliserin
  - 4) Spatel lidah yang telah dibungkus dengan kain kasa
  - 5) Kapas lidi
  - 6) Bengkok
  - 7) Kain kasa
  - 8) Pincet atau arteri klem
  - 9) Sikat gigi dan pasta gigi
    - a. Cara kerja untuk pasien tidak sadar
    - b. Cara kerja untuk pasien sadar
4. Merawat kuku
- Persiapan alat:
- 1) Alat pemotong kuku
  - 2) Handuk
  - 3) Baskom berisi air hangat
  - 4) Bengkok
  - 5) Sabun
  - 6) Kapas
  - 7) Sikat kuku

Cara kerja:

- 1) Jelaskan prosedur pada klien
  - 2) Cuci tangan
  - 3) Atur posisi pasien (manusia coba) duduk atau tidur
  - 4) Tentukan kuku yang akan dipotong
  - 5) Rendam kuku dalam air hangat 2 menit dan sikat dengan air sabun bila kotor
  - 6) Keringkan tangan di atas bengkok dan lakukan pemotongan kuku
  - 7) Letakkan tangan di atas bengkok dan lakukan pemotongan kuku
  - 8) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan
5. Hygiene vulva
- Persiapan alat
- 1) Kapas sublimate atau desinfektan
  - 2) Pincet
  - 3) Bengkok
  - 4) Pispot
  - 5) Tempat cebok yang berisi larutan
  - 6) Desinfektan sesuai dengan kebutuhan
  - 7) Pengalas
  - 8) Sarung tangan
- Cara kerja
- 2) Jelaskan prosedur pada klien
  - 3) Cuci tangan
  - 4) Atur posisi pasien dengan dorsal recumbent
  - 5) Pasang pengalas dan pispot diletakkan di bawah bokong pasien
  - 6) Gunakan sarung tangan
  - 7) Lakukan tindakan hygiene vulva dengan tangan kiri membuka vulva memakai kapas sublimate dan tangan kanan menyiram vulva dengan larutan desinfektan

- 8) Kemudian ambil kapas sublimate dengan pincet lalu bersihkan vulva atas ke bawah dan kapas kotor dibuang kebengkok
- 9) Setelah selesai, ambil pispot dan atur posisi pasien, cuci tangan setelah melakukan prosedur.

### 3.1 Prosedur *Personal Higiene*

#### 1. Memandikan Pasien Di Tempat Tidur

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
I	Tahap Pran Interaksi a. Cek catatan perawatan dan catatan medis klien b. Tentukan asisten yang dibutuhkan c. Sebelum dan sesudah cuci tangan d. Siapkan alat: 1) Baskom mandi dua buah yang berisikan air dingin dan air hangat 2) Pakain pengganti 3) Kain penutup 4) Handuk dan waslap 5) Tempat untuk pakaian kotor 6) Sampiran 7) Sabun			
II	Tahap Orientasi a. Berikan selama dan panggil klien dengan namanya b. Menjelaskan prosedur			
III	Tahap Kerja: a. awal tahap kerja 1) Berikan kesempatan pada klien / keluarga untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai 2) Menanyakan keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada klien			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	3) Memulai tindakan dengan cara yang baik 4) Berikan <i>privacy</i> klien 5) Tawarkan pispot / urinal pada klien 6) Atur tinggi sesuai dengan posisi yang nyaman untuk bekerja 7) Mengganti selimut dengan selimut mandi 8) Berikan perawatan oral jira belum dilakukan 9) Atur posisi klien (bila mungkin angkat bantal dan naikan kepala setinggi 30 letakkan handuk dibawah kepada klien) b. Memulai memandikan 1) Cuci tangan 2) Atur posisi pasien menjadi posisi tidur terlentang / setengah duduk 3) Bentangkan handuk di bawah kepala dan bersihkan wajah, telinga, dan leher dengan air hangat / sabun dengan waslap lalu keringkan dengan handuk 4) Kain penutup (pakaian) diturunkan, bentangkan handuk di atas dada pasien dan kedua tangan diatas handuk tersebut. Basahi kedua tangan dengan air bersih dan bersihkan dengan menggunakan sabun dan bilas dengan air hangat lalu keringkan dengan handuk. 5) Setelah kedua tangan dikeataskan, handuk dipindahkan kesisi pasien dan bersihkan daerah dada dan perut dengan sabun. Bilas dengan			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	air hangat lalu keringkan dengan handuk. 6) Ambil handuk dan letakkan di bawah glutea. Pakaian bawah perut di buka lalu dibersihkan dengan sabun dan air hangat pada daerah lipatan paha dan genetalia. Setelah selesai, semua dirapikan 7) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.			
IV	Tahap Terminasi 1) Evaluasi kegiatan yang telah dilakukan sesuai dengan tujuan yang diharapkan (subyektif dan obyektif) 2) Beri <i>reinforcement</i> positif pada klien 3) Kontrak pertemuan selanjutnya 4) Mengakhiri hubungan dengan baik 5) Cuci tangan			
V	Dokumentasi Catatan pada status klien tindakan yang telah dilakukan, respon klien serta penemuan-penemuan penting yang ditemukan saat tindakan dilakukan			

**KETERANGAN :**

0 : Tidak dilakukan

1 : Dilakukan tapi tidak sempurna

2 : Dilakukan dengan sempurna

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah nilai didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}}$$

Nilai =



## 2. Perawatan Vulva Dan Perenium

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
I	Tahap Pra Interaksi 1) Baca catatan keperawatan atau catatan medis 2) Sebelum dan sesudah tindakan cuci tangan 3) Siapkan alat-alat			
II	Tahap Orientasi 1) Berikan salam, panggil dengan namanya 2) Jelaskan tujuan tindakan klien 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya			
III	Tahap Kerja 1) Membawa peralatan kedekat pasien 2) Pastikan <i>privacy</i> pasien terjaga, sampiran ditutup 3) Menganjurkan pasien untuk melepas pakaian dalam/bagian bawah 4) Menganjurkan pasien untuk berbaring ditempat tidur dan lutut ditekuku (posisi dorsal recumbent) 5) Pasang handuk, perlak, dan bedpan dibawah panggul/bokong pasien 6) Cuci dan keringkan paha atas bagian dalam 7) Tangan kiri menyiram larutan desinfektan 8) Gunakan handscon dan pinset bersihkan labiya mayora dan labiya minora dari bagian atas ke bawah			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	dengan menggunakan kapas sublimat 9) Sekali usap gunakan kapas 10) Angkat badpan 11) Untuk ibu post partum, jika ada luka episiotomi lakukan usapan betadine pada luka dengan kasa betadhin 12) Atur posisi, bersihkan alat 13) Letakkan handuk secara memanjang diatas perut, lipat selimut kearah pubis			
IV	Tahap terminasi 1) Evaluasi perasaan pasien 2) Simpulkan hasil tindakan 3) Akhiri kegiatan 4) Catat tindakan dan hasil observasi yang dilakukan			

Keterangan :

0. : Tidak dilakukan  
 1. : Dilakukan tapi tidak sempurna  
 2. : Dilakukan dengan sempurna

$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah nilai didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}}$
Nilai =

### 3. Membersihkan Mulut

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
I	Tahap Pra Interaksi 1) Kaji kebutuhan klien akan perawatan mulut 2) Sebelum dan sesudah tindakan cuci tangan 3) Siapkan alat – alat			
II	Tahap Orientasi 1) Berikan salam, panggil dengan namanya 2) Jelaskan tujuan tindakan klien 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya			
III	Tahap Kerja 1) Sediakan privacy bagi klien 2) Memberitahu pasien tentang prosedur tindakan 3) Memiringkan kepala pasien dan membentangkan pernak dan alasnya dibawah dagu 4) Meletakkan bengkok didekat pipi pasien 5) Membuka mulut pasien, tangan kiri menekan lidah pasien dengan sudip lidah, kemudian menjepit deppers dengan pinset, lalu dicelupkan dalam antiseptik dan sedikit diperas 6) Membersihkan rongga mulut sampai bersih 7) Membersihkan gigi dan lidah dengan hati – hati 8) Membersihkan bibir dengan kain kasa, deppers, lidi kapas yang telah dicelupkan dalam antiseptik			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	9) Mengangkat bengkok 10) Mengangkat pernak dan alasnya diletakkan di rak 11) Merapikan pasien, alat – alat dikembalikan			
IV	Terminasi 1) Evaluasi hasil yang dicapai 2) Lakukan pendokumentasian			

KETERANGAN :

0 : Tidak dilakukan

1. : Dilakukan tapi tidak sempurna

2. : Dilakukan dengan sempurna

$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah nilai didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}}$
---

Nilai =
---------

#### 4. Membersihkan Kuku

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
I	Tahap Pra Interaksi 1) Kaji kebutuhan klien akan perawatan kuku 2) Sebelum dan sesudah tindakan cuci tangan 3) Siapkan alat – alat: a. gunting kuku b. sikat kuku c. bengkok d. kom berisi air hangat e. lisol f. sabun			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	g. handuk h. perlak			
II	Tahap Orientasi 1) Berikan salam, panggil dengan namanya 2) Jelaskan tujuan tindakan klien 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya			
III	Tahap Kerja 1) Mencuci tangan 2) Mengatur posisi pasien 3) Pasang perlak & alas dibawah kom berisi air hangat 4) Bila ada cat kuku, bersihkan dengan kapas acetone 5) Rendam dengan air hangat: jari tangan 1-2 menit, jari kaki 2-3 menit 6) Jika kuku kotor bersihkan dengan sabun sikat kuku 7) Angkat jari tangan / kaki lalu keringkan dengan handuk 8) Letakkan jari tangan / kaki diatas bengkak berisi lisol 2 %			

**KETERANGAN :**

- 0 : Tidak dilakukan  
1. : Dilakukan tapi tidak sempurna  
2 : Dilakukan dengan sempurna

$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah nilai didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}}$
---

Nilai =
---------

## 5. Mencuci Rambut

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
I	Tahap Pra Interaksi 1) Kaji kebutuhan klien akan perawatan kuku 2) Sebelum dan sesudah tindakan cuci tangan 3) Siapkan alat – alat: a. sisir b. bengkok c. air hangat d. ember e. shampo f. handuk g. perlak			
II	Tahap Orientasi 1) Berikan salam, panggil dengan namanya 2) Jelaskan tujuan tindakan klien 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya			
III	Tahap Kerja 1) Menutup pintu dan sampiran 2) Menyiapkan klien a. menutup dengan selimut b. melipat alat tenun dengan alat mandi 3) Mengatur posisi pasien secara diagonal menyilang tempat tidur 4) Mengangkat bantal dari klien 5) Meletakkan perlak dan handuk dibawah kepada klien			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	6) Meletakkan baki pencuci rambut dibawah kepala, bila ada			
	7) Memasang plastik melalui samping ke bawah tempat tidur menuju ember			
	8) Menyediakan handuk kecil untuk mengelap muka klien			
	9) Menutup mata klien dengan kasa lembab dan telinga klien dengan kapas			
	10) Memeriksa kembali air yang digunakan bila perlu ditambah air panas			
	11) Menuangkan air pelan-pelan mulai dari pangkal sampai keseluruh rambut			
	12) Memberi samphoo sampai keseluruh rambut			
	13) Memijit kulit kepala dan menggosok sampai berbusa			
	14) Memutar kepala pada sisi yang lain agar semua kulit kepala bersih dan menambah air bila perlu			
	15) Mengusap rambut agar busa keluar dan alirkan melalui plastik kedalam ember			
	16) Menuangkan air hangat secukupnya di atas rambut untuk membilas rambut dan kulit kepala			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	17) Menggosok rambut di antara jari-jari untuk memastikan bahwa rambut benar-benar bersih			
	18) Mengulangi pemberian shampoo jika perlu dan jika klien masih mampu			
	19) Memberi pembilas rambut			
	20) Mengeringkan rambut			
	21) Mengeringkan telinga, leher dan muka klien dengan handuk			
	22) Membungkus kepala dengan handuk			
	23) Mengambil handuk dari bahu jika basah atau lembab dan menggantinya dengan yang kering			
	24) Mengangkat alas pencuci rambut, dibawa keluar kamar			
	25) Membantu klien duduk jika memungkinkan			
	26) Memisahkan rambut dan menyisirnya sebelum dikeringkan			
	27) Menggosok masing – masing bagian rambut dengan menggunakan handuk, jika ada dikeringkan dengan menggunakan pengering			
	28) Menyisir rambut sesuai kemauan klien			
	29) Membereskan alat dan mengganti dengan alat tenun yang basah			



NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	30) Memasang kembali selimut dan dibantu ke posisi yang nyaman 31) Mendokumentasikan intervensi yang telah dilakukan termasuk shampo, keadaan rambut, kulit kepala serta reaksi klien			
IV	Terminasi 1) Evaluasi hasil yang dicapai 2) Lakukan pendokumentasian : nama klien, waktu, hasil yang dicapai			

KETERANGAN :

- 0 : Tidak dilakukan  
2 : Dilakukan tapi tidak sempurna  
3 : Dilakukan dengan sempurna

$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah nilai didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}}$
Nilai =

### 3.2 Mengganti Linen Tempat Tidur Yang Sedang Digunakan Klien

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
I	Tahap Pra Interaksi 1) Cuci tangan 2) Persiapan alat			
II	Tahap Orientasi 1) Berikan salam, panggil dengan namanya			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	2) Jelaskan tujuan tindakan klien 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya			
III	Tahap Kerja 1) Membawa peralatan kedekat klien 2) Menganjurkan klien untuk berbaring terlentang (bila mampu) 3) Memindahkan alat atau perlengkapan milik klien yang ada di tempat tidur 4) Melepas selimut dan laken penutup, melipatnya dan meletakkannya pada ember atau tempat kain kotor 5) Membantu klien tidur miring, menjauhi perawat dengan tetap memerhatikan keadaan umum klien 6) Melepas laken, perlak, stik laken dengan menggulungnya kearah punggung klien bagian kotor berada dalam gulungan 7) Menggulung linen bersih ke tengah tempat tidur, dan meletakkannya ke belakang punggung klien 8) Klien dibantu untuk membalikkan posisi kehadapan perawat dengan melewati gulungan linen bersih tersebut 9) Semua linen kotor diambil, kemudian dimasukkan kedalam tempat kain kotor. Gulungan linen bersih dibentangkan, dirapikan dengan memasukkan sisa – sisa linen pada sisi tempat tidur			

NO	KETERAMPILAN	NILAI		
		0	1	2
	kebawah kasur 10)Klien dikembalikan pada posisi supinasi (nyaman) 11)Memasang selimut yang bersih 12)Melepaskan bantal dengan hati – hati sambil menyangga kepala klien 13)Melepaskan sarung bantal yang kotor dan menggantikannya dengan yang bersih 14)Membantu klien tidur dengan posisi yang nyaman			
IV	Tahap terminasi 1) Evaluasi hasil yang dicapai 2) Lakukan pendokumentasian 3) Akhiri kegiatan dan berskan alat 4) Cuci tangan			

**KETERANGAN :**

- 0 : Tidak dilakukan  
 1 : Dilakukan tapi tidak sempurna  
 2 : Dilakukan dengan sempurna

$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah nilai didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}}$
Nilai =

## DAFTAR PUSTAKA

- Diguiulia, Mary. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Penerbit ANDI
- LeMone, Priscilia. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Penerbit EGC.
- Murwani A. 2008. *Keterampilan Dasar Praktik Klinik Keperawatan*. Yogyakarta : Fitramaya.
- Nurachmah, dkk. 2000. *Prosedur Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Penerbit EGC.
- Potter and Perry. 1994. *Fundamental of Nursing*. 8th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby